**Pełnomocnictwo**

Niniejszym, udzielam Panu (i) ………………. pełnomocnictwa do działania w moim imieniu oraz do wykonywania wszelkich praw Członka Stowarzyszenia Pracodawcy Zdrowia z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Fabrycznej 10 D 2, na **Zebraniu Ogólnym Członków Stowarzyszenia Pracodawcy Zdrowia** w dniu 26.04.2018 r. Pełnomocnictwo niniejsze obejmuje/nie obejmuje prawa do wyrażania w moim imieniu zgody na kandydowanie do organów Stowarzyszenia.

Data i podpis Mocodawcy

……………………………